

Deprescripción, una respuesta necesaria

Maite Arriola Hernández y Ramón Orueta Sánchez

Centro de Salud "Sillería" de Toledo

Nuestra realidad nos sitúa en un contexto de envejecimiento progresivo de la población, con un aumento de la morbilidad que lleva asociado un aumento de la prescripción farmacológica. Además, con frecuencia un tratamiento correcto desde el punto de vista teórico puede no ser el más indicado, teniendo en cuenta las circunstancias concretas del paciente y los objetivos terapéuticos buscados, siendo esto especialmente relevante en pacientes con procesos terminales o en situación de fragilidad. A todo ello se une una creciente medicalización de la vida, que en múltiples ocasiones pretende resolver situaciones no médicas a través de un abordaje sanitario, contribuyendo a un mayor consumo de fármacos. Todos estos factores contribuyen a la aparición de polimedición y medicación potencialmente inadecuada, existiendo evidencias sólidas de su asociación con un aumento de la morbimortalidad.

Frente a esta realidad, cada vez son más las voces que expresan la necesidad de poner en marcha actuaciones de prevención cuaternaria, entendiendo como tales, aquellas actividades encaminadas a evitar, reducir o paliar el daño provocado por las actividades sanitarias. Dentro de estas actuaciones de prevención cuaternaria la deprescripción ocuparía un lugar relevante^{1,2}.

De esta manera, la deprescripción surge como un proceso que pretende conseguir una prescripción más segura, prudente y humana. Consiste en reconsiderar el tratamiento de un paciente teniendo en cuenta las circunstancias y preferencias del paciente, los objetivos terapéuticos deseados, los beneficios esperados y los riesgos potenciales del tratamiento o de su supresión, con el objetivo de decidir mantener, retirar o modificar la medicación prescrita, o añadir nueva medicación³⁻⁵. En base a esta "definición" surgen algunas reflexiones.

La deprescripción debe iniciarse, de forma preventiva, en el mismo momento de la prescripción, y debe mantenerse mientras dura la misma. Cada prescripción que se realice debe partir de una indicación definida en unas circunstancias concretas, con unos objetivos claros, y de un análisis de balance beneficio-riesgo, englobando aspectos de los conceptos de prescripción razonada de medicamentos y de prescripción prudente⁶. Además, la prescripción no es un acto puntual, sino que precisa de una renovación periódica que requiere una reevaluación continua de los aspectos antes mencionados y que no debe limitarse a la renovación mecánica (acto de recetar).

Deprescribir no es sinónimo de retirada de medicamentos; en un alto porcentaje de ocasiones el proceso conduce a la retirada de uno o varios medicamentos, pero también puede suponer la modificación de la dosificación de los mismos o la introducción de nuevos medicamentos, al existir una indicación clara de los mismos (es la denominada prescripción inadecuada por omisión). Estas consideraciones, junto con lo comentado en el párrafo anterior, configuran la adecuación del tratamiento.

Todo paciente y todo tratamiento son susceptibles de beneficiarse de una reevaluación de su plan terapéutico, pero existen grupos de población y regímenes terapéuticos donde el beneficio de la deprescripción es potencialmente mayor, y ellos deberían ser los que ocupasen un lugar preferente en el proceso. Con referencia a las personas, los pacientes frágiles y/o con expectativas de vida limitadas son sometidos con frecuencia a intervenciones farmacológicas que precisan de una reorientación clara de los objetivos terapéuticos^{3,4}. Respecto al tipo de régimen terapéutico, el consumo de un elevado número de medicamentos (la polimedición) y los pacientes con algún medicamento potencialmente inapropiado –ya se ha comentado la asociación de ambos con el aumento de la morbimortalidad– representan un perfil prioritario^{4,7,8}.

El proceso de deprescripción requiere de un análisis global de la situación que integre aspectos biopsicosociales y estabilidad, con la participación del paciente, el objetivo de la intervención terapéutica (con intención curativa, de alivio de síntomas o de sufrimiento o de mantenimiento de la funcionalidad y autonomía del paciente). En este abordaje integral las estrategias centradas en el paciente deben priorizarse sobre las estrategias centradas en los medicamentos, siendo fundamental que el paciente participe en la elaboración de los objetivos terapéuticos y sea conocedor y acepte los cambios terapéuticos que se producirán en el proceso de deprescripción^{6,9}.

Deprescribir no está exento de riesgo y, como en toda actuación médica, existen posibles riesgos derivados de la misma, como el agravamiento de los procesos de base o la aparición de un síndrome de retirada o de discontinuación. Por ello, la deprescripción debe ser un proceso reversible que permita volver a la situación de partida cuando la evolución así lo aconseje. El profesional debe conocer esta eventualidad para tratar de minimizarla a través de una deprescripción prudente y gradual, y de una monitorización del proceso. El paciente debe ser co-

necedor de estos riesgos, para que sus opiniones partan de un conocimiento completo de la situación y alternativas.

No se puede dejar de mencionar, aún pudiendo caer en el tópico, que el médico de familia, y por extensión la atención primaria, por su conocimiento integral del paciente, por ser el núcleo integrador de la atención prestada por los distintos profesionales, por su cercanía al mismo y accesibilidad y por sus principios básicos, debe ocupar un papel central en el proceso de deprescripción.

En conclusión, tanto la deprescripción como la prescripción razonada y prudente van de la mano en el proceso de adecuación terapéutica, y su abordaje desde el ámbito de la prevención cuaternaria nos permitirá realizar una prescripción más humana y adaptada a la realidad y preferencias del paciente y prevenir o minimizar las potenciales consecuencias derivadas de la polimedización y prescripción potencialmente inadecuada, especialmente en la población anciana.

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:580-3.
2. Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria; es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-7.
3. Hardy JE, Hilmer SN. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res*. 2011;41:146-51.
4. Gavilán E, Villafaina A, Jiménez L, Gómez C. Ancianos frágiles polimeditados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:162-7.
5. Gavilán E, Jiménez L, Villafaina A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. *FMC*. 2013;20:22-6.
6. World Health Organization. Teacher's guide to good prescribing. WHO. Geneva. 2001. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s15940e/s15940e.pdf> [consultado el 11 de junio de 2015]
7. Woodward M. Deprescribing: Achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res*. 2003;33:323-8.
8. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar J et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7:e43617.
9. Hortal J, Aguilar I, Parrilla F. Un modelo de deprescripción prudente. *Med Clin (Barc)*. 2015; 144:362-9.